

案例一

案情摘要

病人主診斷非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，申報系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核與規定不符。

衛部爭字第 1093403567 號

審 定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第 6 條及全民健康保險爭議事項審議辦法第 23 條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四)5.前段規定意旨，不予認列。】
審定理由	<p>一、 相關規定</p> <p>行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第四部中醫</p> <p>(一) 第五章傷科治療診療項目「複雜性傷科治療(B55、B56)」註：</p> <p>「1、申報與審查方式依附表 4.5.1 規定辦理。</p> <p>2、本項申報適應症請詳附表 4.5.2。」</p> <p>(二) 附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則：</p> <p>「一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。</p> <p>二、費用申報與審查相關規定：4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。」</p> <p>二、 查卷附資料，○○○1 人 2 案，系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，健保署初、複核意見略為「C60(複雜性針灸或傷科治療國際疾病分類碼申報不符)」、「病歷為堆疊式記載，主訴與病史與診斷無一致性，且紀錄無充分資料，無法看出複雜性傷科處置之必要」，依病歷紀錄，病人主診斷為「S066X5A TRAUMATIC SUBARACHNOID HEMORRHAGE WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS GREATER THAN 24 HOURS WITH</p>

		<p>RETURN TO PRE-EXISTING CONSCIOUS LEVEL, INITIAL ENCOUNTER」，非屬支付標準附表 4.5.2 所列複雜性傷科之適應症，亦有申請人自承：「門診因輸入時誤植」等語可稽，同意健保署意見，健保署按前揭規定不予給付系爭「複雜性傷科治療(B55、B56)」項目，核屬有據。</p> <p>三、 綜上，無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	--